



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**“TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES  
NEOPLÁSICAS HOSPITALIZADOS EN SOLCA – CUENCA 2017”**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médico

**AUTORAS:**

María Alexandra Sarmiento Sarmiento

CI: 0301837621

Jeniffer Eugenia Torres Romero

CI: 0302719422

**DIRECTOR:**

Dr. Marx Ítalo Bravo Muñoz

0102648508

**ASESOR:**

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla

0103260675

**CUENCA – ECUADOR  
2017**

## RESUMEN

**Antecedentes:** las personas con cáncer son susceptibles a padecer alteraciones emocionales que podrían desencadenar trastornos psiquiátricos, sin embargo, son infradiagnosticados lo que afecta el manejo del paciente oncológico.

**Objetivo:** determinar la prevalencia de trastornos Psiquiátricos en pacientes con enfermedades neoplásicas hospitalizados en SOLCA- Cuenca.

**Material y métodos:** se realizó un estudio transversal con 264 pacientes con cáncer hospitalizados en SOLCA- Cuenca, se les aplicó previo consentimiento informado un formulario para la recolección de datos y la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Se creó una base de datos en SPSS, los resultados se procesaron en el mismo y Epi Info versión 7, utilizando distribuciones de frecuencia, porcentaje, Odds Ratio, intervalo de confianza (IC) 95 % y valor de p.

**Resultados:** las características relevantes de la población investigada fueron: 49.6 % personas de 41 y 64 años, 59.1 % mujeres, 57.6 % casados y 40.5 % instrucción primaria. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes fueron: depresión 53.8 %, ansiedad 33.3 %, angustia 26.5 % y riesgo de suicidio 12.9 %, el sexo femenino mostró asociación significativa con el Episodio Depresivo Mayor (EDM), (OR: 2.157, IC 95 %: 1.309 – 3.554, p: 0.002), y trastorno de angustia, (OR: 3.015, IC 95 %: 1.614 – 5.631, p: 0.0003).

**Conclusiones:** los trastornos psiquiátricos prevalentes se presentaron con mayor frecuencia en mujeres, demostrando una asociación estadísticamente significativa con EDM, y trastorno de angustia, también se presentaron en menores de 64 años, aquellos con pareja y que recibían monoterapia como tratamiento.

**Palabras claves:** TRASTORNOS PSIQUIATRICOS, CANCER, DEPRESION, ANSIEDAD.

## ABSTRACT

**Background:** people with cancer are highly susceptible to emotional alterations that could trigger psychiatric disorders, but they are underdiagnosed and this could affect the management of cancer patients.

**Objective:** to determine the prevalence of psychiatric disorders in patients with neoplastic diseases hospitalized in SOLCA- Cuenca.

**Material and methods:** a cross-sectional study was conducted with 264 cancer patients hospitalized in SOLCA Cuenca who were given prior informed consent form for data collection and the MINI International Neuropsychiatric Interview. A database was created in the SPSS program, the results were processed in the same and Epi Info version 7, using distributions of frequency, percentage, Odds Ratio, 95 % confidence interval (CI) and p value.

**Results:** the relevant characteristics of the investigated population were: 49.6 % between 41 and 64 years old, 59.1 % female, 57.6 % married and 40.5 % primary education. The most frequent psychiatric disorders were: depression 53.8 %, anxiety 33.3 %, distress 26.5 % and suicide risk 12.9 %, female sex showed a significant association with EDM and distress disorder, with OR: 2,157, IC 95 %: 1,309 - 3,554, p: 0.002, OR: 3.015, IC 95 %: 1.614 - 5.631, p: 0.0003, respectively

**Conclusions:** prevalent psychiatric disorders were most frequently found in women demonstrated a statistically significant association with EDM and distress disorder; they were also found mainly in children younger than 64 years, those who had a partner and who received monotherapy as treatment.

**Keywords:** PSYCHIATRIC DISORDERS, CANCER, DEPRESSION, ANXIETY.



## ÍNDICE

### Contenido

RESUMEN.....	1
ABSTRACT:.....	2
AGRADECIMIENTO .....	9
DEDICATORIA.....	10
CAPÍTULO I .....	9
1.1 INTRODUCCIÓN .....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPÍTULO II .....	17
2.- FUNDAMENTO TEÓRICO .....	17
2.1.- <i>Epidemiología</i> .....	17
2.2.- <i>Cáncer</i> .....	19
2.3.- <i>Trastornos Psiquiátricos</i> .....	19
2.4.- <i>Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional</i> .....	30
CAPÍTULO III .....	33
3.1 HIPÓTESIS.....	33
3.2 OBJETIVOS.....	33
3.2.1.- <i>Objetivo general</i> .....	33
3.2.2.- <i>Objetivos específicos</i> .....	33
CAPÍTULO IV .....	34
4.- DISEÑO METODOLÓGICO .....	34
4.1.- <i>Tipo de estudio</i> .....	34
4.2.- <i>Área de estudio</i> .....	34
4.3.- <i>Universo y muestra</i> .....	34
4.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	34
4.4.1.- <i>Criterios de inclusión</i> .....	34
4.4.2.- <i>Criterios de exclusión</i> .....	34
4.5.- VARIABLES.....	35
4.5.1.- <i>Operacionalización de las variables (ver anexo)</i> .....	35



4.6.- MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	35
<b>4.6.1.- Método:</b> .....	35
<b>4.6.2.- Técnica:</b> .....	35
<b>4.6.3.- Instrumento</b> .....	35
4.7.- PROCEDIMIENTOS .....	35
4.8.- ASPECTOS ÉTICOS .....	36
4.9.- PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS .....	36
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>38</b>
5. RESULTADOS .....	38
<b>5.1 Características de la población</b> .....	38
<b>5.2 Trastornos psiquiátricos frecuentes</b> .....	41
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	<b>50</b>
6. DISCUSIÓN .....	50
<b>CAPÍTULO VII</b> .....	<b>54</b>
7.1 CONCLUSIONES: .....	54
7.2 RECOMENDACIONES: .....	55
<b>CAPÍTULO VIII</b> .....	<b>57</b>
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	57
<b>CAPÍTULO IX</b> .....	<b>63</b>
ANEXO 1 APROBACIÓN DEL DIRECTOR .....	63
ANEXO 2 APROBACIÓN DEL ASESOR .....	64
ANEXO 3 APROBACIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO DE CÁNCER SOLCA-CUENCA, PARA LA REALIZACIÓN DE LA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRÍA INTERNACIONAL Y OBTENCIÓN DATOS .....	65
ANEXO 4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	66
ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	68
ANEXO 6 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	70
ANEXO 7 MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL .....	72

### **Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional**

María Alexandra Sarmiento Sarmiento, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "Trastornos Psiquiátricos en pacientes con Enfermedades Neoplásicas hospitalizados en SOLCA – Cuenca 2017", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 03 de octubre del 2017



María Alexandra Sarmiento Sarmiento

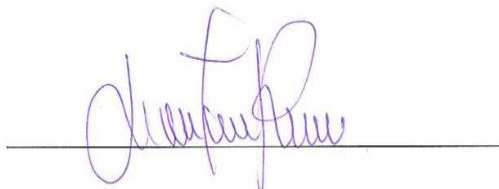
C.I: 0301837621

### **Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional**

Jeniffer Eugenia Torres Romero, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "Trastornos Psiquiátricos en pacientes con Enfermedades Neoplásicas hospitalizados en SOLCA – Cuenca 2017", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 03 de octubre del 2017



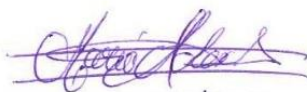
Jeniffer Eugenia Torres Romero

C.I: 0302719422

### Cláusula de Propiedad Intelectual

María Alexandra Sarmiento Sarmiento, autora del proyecto de investigación “Trastornos Psiquiátricos en pacientes con Enfermedades Neoplásicas hospitalizados en SOLCA – Cuenca 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de octubre del 2017



María Alexandra Sarmiento Sarmiento


C.I: 0301837621



**Cláusula de Propiedad Intelectual**

Jeniffer Eugenia Torres Romero, autora del proyecto de investigación “Trastornos Psiquiátricos en pacientes con Enfermedades Neoplásicas hospitalizados en SOLCA – Cuenca 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 03 de octubre del 2017



Jeniffer Eugenia Torres Romero

C.I: 0302719422

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por habernos iluminado durante nuestra carrera, y al apoyo que nos han brindado desde siempre nuestros familiares, de manera muy especial nos gustaría agradecer a nuestro director de Tesis Dr. Marx Ítalo Bravo Muñoz, ya que gracias a sus conocimientos, orientaciones, manera de trabajar, persistencia, paciencia, y motivación hemos podido llevar a cabo este proyecto; de igual forma estamos muy agradecidas con nuestro asesor de Tesis Dr. Ismael Morocho Malla por habernos ayudado a enfocarnos en la investigación y guiarnos en el desarrollo metodológico de éste trabajo.

**Los autores**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi querida madre por su valentía de enfrentar la vida sola y sacarme adelante a pesar de las dificultades con las que se encontró, a mi abuelita quien siempre ha estado apoyándome en los buenos y en los malos momentos, y a mi hermana Lupita que es la razón y alegría de mi vida.

**María Alexandra**

Dedico este proyecto de investigación a mis padres quienes me han apoyado permanentemente, sobre todo a mi amada madre quien me guió por el camino correcto, me ayudó a superar todo obstáculo y me tolero durante esta carrera.

**Jeniffer**

## CAPÍTULO I

### 1.1 Introducción

La salud mental del ser humano puede verse afectada en situaciones que implican cambios drásticos en su vida, si se deteriora en una persona normal, el riesgo aumenta en personas diagnosticadas con enfermedades graves. En este caso específico se encuentran aquellas personas con diagnóstico de enfermedades neoplásicas, que experimentan alteraciones físicas, emocionales y mentales; y a su vez han tenido que ser hospitalizadas para tratamiento y cuidados especiales.(1)

Según datos a nivel mundial sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad por cáncer en 184 países, se demostró que en el 2012 hubo 14,1 millones de casos nuevos principalmente de pulmón (1,82 millones), mama (1,67 millones) y colorrectal (1,36 millones); y 8,2 millones de muertes por cáncer de pulmón (1,6 millones de muertes), hígado (745,000 muertes) y estómago (723,000 muertes).(2)

Ante una pérdida tan importante como lo es la salud y todo lo que eso implica, la persona puede experimentar la vivencia de un duelo emocional y mental, existen trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población que presentan algún tipo de neoplasia, lo que habla de una vulnerabilidad psíquica que requiere consideración a las necesidades emocionales del paciente por parte del equipo de salud.(3)

Se ha comprobado que la población oncológica es significativamente más prevalente en Trastornos Depresivos en contraste con la población normal. De acuerdo al National Cancer Institute (NCI) se estima que la depresión afecta a una proporción entre el 15 % y 25 % de los pacientes con esta enfermedad, especialmente en las primeras semanas tras el diagnóstico y la mayoría acaban desarrollando un trastorno depresivo mayor, de igual manera en hombres y mujeres.(2)

Existe la necesidad de identificar los problemas mentales y emocionales en los pacientes que padecen enfermedades avanzadas, ya que de acuerdo al nivel de la enfermedad el paciente puede desarrollar síntomas como parte de la evolución natural o como consecuencia del tratamiento que recibe, por lo que se dificulta la detección de los síntomas de enfermedades psicológicas.(4)

Brindar al paciente con enfermedades neoplásicas intervenciones psicoterapéuticas podría conducir a un mejor afrontamiento de la enfermedad y hasta lograr una mejor calidad de vida.(1)

## 1.2 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido su preocupación no sólo en el ámbito social, sino también científico y económico porque las neoplasias son una de las principales causas de muerte a nivel mundial, demostrando que aproximadamente existen 8,2 millones de muertes mundialmente hasta el año 2012, siendo los cánceres de pulmón, hígado, colón, estómago y mama los que causan mayor número de muertes al año.(5)

Fernández Sánchez et. Al., en el estudio realizado para la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), en el 2016 afirman que el diagnóstico de toda enfermedad neoplásica implica una importante transformación y reajuste de comportamientos, actitudes, emociones y decisiones. En el servicio de atención psicológica de la AECC, sobre una muestra de 4.924 pacientes y familiares se determinó que el 77 % evidencian criterios para diagnósticos de trastornos psiquiátricos de acuerdo al DSM-IV, resaltando que el 85 % presentan niveles altos de malestar emocional derivado de la enfermedad.(6)

Hernández y Cruzado en el 2013 mencionan la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes con neoplasias en la población española. Los trastornos adaptativos se presentan entre el 32 % y el 55 % de la población con cáncer. Los trastornos del estado del ánimo oscilan entre el 2.25–6 %, La ideación y/o riesgo de suicidio varían entre el 1 % y el 20 %, según la gravedad y el estadio del cáncer. Los trastornos de ansiedad varían igualmente entre el 2.25 % y el 7.8 %.(7)

Para la detección de trastornos psiquiátricos, se han hecho uso de diversos instrumentos. En México, en la investigación de Galindo, Rojas, et. Al, realizada en el 2015 sobre los síntomas de problemas psiquiátricos en pacientes con cáncer los autores determinaron que la sintomatología ansiosa es una de las enfermedades latentes en este tipo de pacientes, en una muestra de 250 pacientes con cáncer alcanzando el 46,38 % de la consistencia en cuanto a la presencia de trastornos psiquiátricos.(8)

En estudios realizados en Estados Unidos en el 2015 por el National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer, se demostró que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer varía entre el 22 y 58 %, especialmente en los pacientes con cáncer de pulmón, páncreas y cerebro; en 236 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama se encontró que el 11 % notificaron síntomas que indicaban depresión grave y 10 % dieron cuenta de síntomas de tensión postraumática.(9)

En un estudio realizado en Alemania en el 2014 por Nazlicam E. y Okyay R. donde participaron 2141 pacientes con diagnóstico de cáncer de hospitales, clínicas de atención oncológica y centros de rehabilitación. Se demostró que las entendidas tumorales más frecuentes fueron mama (20,6 %), seguida de próstata (14,9 %) y cáncer de colon y recto (13,7 %). Se encontró que el 32 % de los pacientes con cáncer presentaban algún trastorno mental. Dentro de los más predominantes fueron ansiedad 11.5 %, y trastornos del estado de ánimo 6.5 %. El 6 % de los pacientes fueron diagnosticadas con dos trastornos y el 1.5 % con tres o más. La prevalencia más alta para cualquier trastorno mental se encontró en pacientes con cáncer de mama 42 %, seguido de cáncer de cabeza y cuello 41 % y melanoma maligno 39 %, y la menor prevalencia en cáncer de páncreas 20 %, estómago/esófago 21.2 % y próstata 22 %.(10)

Un estudio de metaanálisis realizado en China en el 2013 por Yang Y. y Wu H., reportó que el 30 al 40 % de pacientes adultos diagnosticados de cáncer presentaba algún tipo de trastorno del ánimo, entre los principales se encontraba de depresión con un 54.6 % y ansiedad en un 49.69 %.(11)

Un estudio realizado por Pino D., en el Hospital Oncológico de SOLCA Núcleo de Quito, en el que participaron 246 pacientes diagnosticados de cáncer y que se encontraban hospitalizados, se demostró que la prevalencia de depresión fue de 17.1 % y la de ansiedad fue del 22.4 % existiendo una relación estadísticamente significativa entre ansiedad con depresión, así como; estadificación tumoral, apoyo familiar, y antecedentes patológicos psiquiátricos.(12)

Dicho esto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de Trastornos Psiquiátricos diagnosticados mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional en pacientes con enfermedades neoplásicas hospitalizados en SOLCA-Cuenca, 2017?



### 1.3 Justificación

Surge el interés de investigación del tema en base a la preocupación de la OMS en cuanto a las estadísticas sobre el aumento de casos de mortalidad debido a las neoplasias y al sufrimiento al que deben enfrentarse la mayoría de pacientes ante la noticia que altera su calidad de vida, dando lugar al desarrollo de enfermedades psiquiátricas que pueden ser leves o graves, pero deben ser diagnosticadas y tratadas por los especialistas.

La relevancia de la investigación en un plano social se enfoca en dar prioridad a la importancia de mantener la salud y lo que el perderla significa, evidenciándose que la persona enferma experimenta la vivencia de un duelo emocional y mental, por lo que se hace imprescindible la intervención de los profesionales de la salud ante el estado vulnerable en el cual se encuentra el paciente.

Científicamente, el objetivo de este estudio se concentra en el análisis y la determinación que se hizo sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades neoplásicas, cuáles son los factores que inciden en el desarrollo de los trastornos mentales y emocionales.

Una de las prioridades de investigación del MSP es el área de salud mental y trastornos del comportamiento, por lo que creemos importante realizar este estudio que busca la prevalencia de trastornos psiquiátricos en un grupo vulnerable a padecerlos que son los pacientes con cáncer.

Los resultados serán tratados y socializados a través de los canales de comunicación que la Universidad de Cuenca dispone, sobre todo en la publicación en el repositorio digital de la Biblioteca, para que sirva de guía para posibles investigaciones futuras o de manual de consulta.

## CAPÍTULO II

### 2.- FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1.- Epidemiología

En los últimos años se ha demostrado que la carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social, en un estudio realizado por Rodríguez J. y Aguilar S en el 2012 en Perú se ha encontrado que los trastornos depresivos mayores presentan tasas de prevalencia de 9,7 %; la distimia de 3,4 %; los episodios maniacos de 0,9 %; la esquizofrenia de 0,6 %; los trastornos obsesivo-compulsivos de 2,5 %; la fobia de 8,5 %; el pánico, de 2,1 %; el abuso o dependencia de alcohol, de 18,6 %; el trastorno antisocial de la personalidad, de 7,1 %.(13)

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, según una investigación realizada por Firmeza M. y Oliveira P., en el 2016 se observó que los cánceres que producen mayor número de defunciones anuales son los que afectan pulmón, hígado, estómago, colon y mama. Se considera como la segunda causa de muerte en el continente americano, donde se estima que 2,8 millones de personas son diagnosticadas y 1,3 fallecen por cáncer cada año. La etapa de vida donde ocurre una mayor incidencia del 52 % y el 35 % de muertes es en personas mayores de 65 años. Se espera que para el año 2025 los nuevos casos de cáncer serán de 4 millones y defunciones de 1,9 millones. De acuerdo con el género se evidencia que los cánceres más frecuentes en el hombre son el de pulmón, próstata y colorrectal, y en las mujeres mama, pulmón y de cuello uterino.(14)

De acuerdo al National Cancer Institute (NCI) la depresión es una de los trastornos psiquiátricos que afecta más frecuentemente en un 15 – 25 % de los pacientes con enfermedades neoplásicas, los síntomas depresivos se observan principalmente en

las primeras semanas de diagnóstico de cáncer, y durante el transcurso de la enfermedad se llega a desarrollar un trastorno depresivo mayor.(2)

El cáncer es una enfermedad que en muchos casos genera sufrimiento psicológico, llegando a alcanzar considerables niveles de malestar emocional clínico en la mayoría de los pacientes que lo padecen, además produce trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos. Debido a este problema es importante una adecuada detección y evolución, que permitan establecer un manejo integral de los pacientes tanto en la enfermedad neoplásica como en el trastorno emocional, facilitando así la derivación a un médico psicooncológico para un tratamiento específico.(14)

De acuerdo a las investigaciones de Firmeza M. y Olivera P., se estima que en la población oncológica la sintomatología depresiva está presente del 15 – 58 %, y la ansiedad en un 24 – 66 %, cuyos índices son superiores a los reportados en la población general.(14)

En un estudio realizado en Alemania por Hartung T. y Faller H. en 2012 en el que participaron 5018 pacientes entre 18 y 75 años diagnosticados de cáncer, se demostró mayor prevalencia de depresión en pacientes entre 46 y 55 años (31 %), desempleados (34 %), o solos (29 %), además el 36 % los pacientes con cáncer cerebral o de tiroides y el 30 % de los pacientes con neoplasias hematológicas presentaron síntomas depresivos.(15)

El trastorno de estrés postraumático se ha estudiado en el melanoma, el linfoma de Hodgkin, el cáncer de mama y cánceres mixtos. Sin embargo, los estudios han variado en la evaluación de pacientes con el síndrome completo o solamente algunos síntomas relacionados con el trastorno. De tal manera, las tasas de incidencia han variado como corresponde. La incidencia del síndrome completo oscila de 3 a 4 % en los pacientes en estadio temprano que han sido recién

diagnosticados y hasta el 35 % en pacientes evaluados después del tratamiento. Cuando se mide la incidencia de síntomas similares, las tasas son más altas y fluctúan entre 20 % en los pacientes de cáncer en estadio temprano y 80 % en aquellos de cáncer recidivante.(16)

## **2.2.- Cáncer**

El cáncer o llamado también tumor maligno o neoplasia maligna, es una enfermedad que se produce por una alteración genética de las células que genera un crecimiento celular incontrolado que forma masas o tumores en alguna parte del cuerpo, a diferencia de los tumores benignos que pueden crecer pero no invadir otros tejidos, en el cáncer las células tienen la capacidad de diseminarse ya sea por la sangre o la linfa e invadir órganos vecinos donde encuentran un nicho apropiado para continuar con su crecimiento, a esto se denomina metástasis.(17)(18)

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, luego de las enfermedades cardiovasculares. Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando debido al acelerado crecimiento de la población, su envejecimiento y la creciente adopción de hábitos potencialmente cancerígenos, los cambios en el ADN de las células neoplásicas pueden heredarse de los padres o pueden deberse a daños causados por contacto con ciertas sustancias químicas como en el caso del consumo de alcohol y tabaco, la exposición a la radiación ultravioleta, infecciones por virus, etc.(19)(20)

## **2.3.- Trastornos Psiquiátricos**

### **2.3.1.- Su relación con enfermedades neoplásicas**

Las enfermedades neoplásicas se han convertido en una patología común en la actualidad, y todas sus implicaciones han llevado al desarrollo de trastornos físicos, psiquiátricos, sociales y espirituales, que pasan desapercibidos, pero que afectan de manera importante a los pacientes. Tanto la sintomatología depresiva como ansiosa son parte de los principales problemas de salud de estos pacientes,

afectando su calidad de vida e impidiendo una buena adherencia al tratamiento médico, además se asocian con un mayor número de síntomas y estancia hospitalaria.(21)

Se han observado diversos trastornos psicopatológicos, altos niveles de sufrimiento y deterioro psicosocial en personas con diferentes tipos de cánceres, siendo los más frecuentes tumores cerebrales (41 %-93 %), mama (37 %), neoplasias ginecológicas (23 %), estómago (20 %), páncreas (17 %), tumores de cabeza y cuello (15 %), y pulmón (14 %). Además de otros factores que aumentan el riesgo de desarrollo de estos trastornos como lo son: el estadio del cáncer, curso y tipo de tratamiento, antecedentes de depresión, limitado apoyo social.(22)

### **2.3.2 Trastornos del estado del ánimo**

- *Trastorno Depresivo Mayor*: constituye un problema de salud pública a nivel mundial, este se relaciona con una reducida calidad de vida. El riesgo de desarrollar un trastorno depresivo es dos veces mayor en mujeres que en hombres, esto va variar de acuerdo a la edad, estado civil, nivel educacional y económico. En Chile en el 2015 Parra C. y Valdés F., observaron que la depresión mayor representa uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia de 5.7 %. El cáncer actúa como un potente estresor psicológico generando síntomas depresivos, volviéndoles a este tipo de pacientes vulnerables a sufrir alteraciones en su vida emocional y afectiva.(23)

Muchas investigaciones han explorado el impacto psicológico tras el diagnóstico de cáncer, incluyendo malestar emocional, depresión y estrés postraumático, demostrando que el 38 % de los pacientes desarrollan una de estas alteraciones, esto está relacionado con una pobre calidad de vida, menor adherencia al tratamiento, autocuidado deficiente y un estilo de vida menos saludable.(24)

En un estudio realizado en Ecuador por Gordillo F. y Fierro M., en 237 pacientes del Servicio de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Oncológico de SOLCA – Quito en el periodo de enero - febrero 2014, se demostró que el 21.5 % de pacientes con diagnóstico de cáncer presentan ansiedad y el 16 % depresión. Otro estudio realizado en España por Rodríguez Vega et al., reportó que existe un 15.7 % de ansiedad y un 14.6 % de depresión, mientras que Onelas Mejorada et al., informó que en México la frecuencia de estos trastornos psiquiátricos fue del 27 % y el 28 % respectivamente. Estas enfermedades psiquiátricas son predictores de baja calidad de vida en pacientes con cáncer de tiroides, mama, cabeza y cuello, quienes tienden a sufrir pérdida del sentido de ser uno mismo, ansiedad e incertidumbre por su futuro, aislamiento social, sentimientos de culpa y depresión por los cambios que ocurren en su vida.(20)

- *Trastorno Distímico*: es un trastorno afectivo crónico que dura por lo menos dos años en adultos y un año en adolescentes y niños. Esta patología se subdivide en: de inicio temprano y la de inicio tardío, es muy importante diferenciarla de un trastorno depresivo ya que esta es una entidad crónica que persiste por toda la vida causando graves repercusiones en la calidad de vida del sujeto que lo padece como de los familiares. Esta se ve asociada a afecciones que compromete la integridad del paciente como son las enfermedades avanzadas y crónicas, como lo es el cáncer.(25)

- *Episodio Maníaco*: se define como un periodo de ánimo anormalmente y persistentemente elevado o irritable de una semana de duración y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. Durante este tiempo se experimenta síntomas de euforia, aumento de la actividad en interacciones personales, sexuales o laborales, autoestima elevada, sentimientos de grandiosidad, verborrea, facilidad de distracción, fuga de ideas, hiperactividad psicomotora, disminución de la necesidad de dormir e implicación en actividades placenteras con riesgo de

consecuencias graves. Esto es lo suficientemente grave como para causar un deterioro en el funcionamiento social y laboral.(26)

- *Episodio Hipomaniaco*: este se diferencia del maniaco ya que su duración es menor, de al menos 4 días, se presenta con ausencia de síntomas psicóticos y con un menor grado de deterioro en cuanto a relaciones sociales y laborales.(27)

### **2.3.3 Trastornos de la ansiedad**

- *Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)*: los trastornos de la ansiedad constituyen las enfermedades psiquiátricas más frecuentes, se estima que el 25 % de los adultos sufren un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. TAG es el segundo trastorno mental más frecuente después de la depresión, produce deficiencias significativas y su sufrimiento es similar al de patologías físicas.(28). Los factores de riesgo para padecer este trastorno son: sexo femenino, edad entre 20 – 40 años, antecedentes familiares, abuso de alcohol, automedicación, nivel socioeconómico bajo y desempleo.(29)

La ansiedad y la preocupación es excesiva y permanente que se produce en un mínimo de 6 meses, resulta muy difícil para el individuo controlar estos sentimientos, se asocia a síntomas como: irritabilidad, fatiga, dificultad para concentrarse, tensión muscular y trastornos del sueño. Esto va a causar malestar clínico y deterioro social, familiar y laboral.(30)

En un estudio realizado en Perú por Barahona L., en el 2012, donde participaron 169 pacientes internados en los Departamento de Oncología Médica, en quienes se determinó el impacto del conocimiento de padecer cáncer en la salud mental con la producción de síntomas emocionales como estrés, depresión y ansiedad. Se reportó que el 66.3 % de los pacientes manifestó por lo menos una de las tres condiciones patológicas estudiadas, de estos el 16 % presentó las tres condiciones

y el 50,3 % mostró entre una a dos, se observó que la prevalencia de estrés fue del 50.3 %, de depresión el 58.6 % y de ansiedad el 18.3 %.(31)

- *Trastorno de angustia*: este trastorno se caracteriza por la repetición de ataques de pánico inmotivado, inesperado, no desencadenados por la exposición a una determinada situación o estímulo. Además de la presencia de ataques de pánico, otros criterios necesarios para el diagnóstico de este trastorno son:

- La aprensión respecto a sufrir un nuevo ataque de pánico.
- La preocupación persistente respecto a las consecuencias que tendría un nuevo ataque de pánico (perder el control, volverse loco, exponerse a una situación embarazosa, etc.)
- Un cambio significativo de comportamiento a causa de los ataques (mayor número de chequeos médicos, faltar al trabajo, alejarse de ciertos lugares, etc.).

Para el diagnóstico diferencial se debe descartar que los ataques sean debido a sustancias o a enfermedades médicas y también se debe descartar cualquier otro cuadro psicológico que explique mejor los síntomas (por ejemplo: Trastorno de Ansiedad Social, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno por Ansiedad de Separación. (32)

- *Agorafobia*: es un trastorno de ansiedad del grupo de las fobias que puede presentarse solo o acompañado, afecta aproximadamente a un 5 % de la población general. Miedo o ansiedad intensa cuando se encuentra en diferentes situaciones como: en trasportes públicas, lugares abiertos, sitios cerrados o por simplemente estar fuera de casa. El indicado evita a toda costa estas situaciones, debido a que la idea de escapar podría ser difícil o que no tendrá ayuda en caso de necesitarla. Este produce un miedo irracional y excesivo totalmente desproporcionado al peligro



real que plantea la situación realmente. Este trastorno es continuo y tiene una duración de 6 meses o más, produce malestar emocional, disminuye el rendimiento académico y laboral, genera disfunción familiar por la necesidad de un acompañante.(33)

- *Fobia social*: es un estado de ansiedad desproporcionado caracterizado por una serie de conductas de evitación que presenta el paciente frente a situaciones que exigirían interacción con otras personas o realizar tareas ante personas que no pertenezcan a su círculo familiar, debido a un temor excesivo o irracional a una posible evaluación sobre él, éste tipo de pacientes evita hablar o comer en público, asistir a fiestas o entrevistas, generalmente éste trastorno inicia en la adolescencia y suele llevar a un auténtico aislamiento social, suele acompañarse de baja autoestima y en algunos casos de abuso de alcohol y drogas.(34)

- *Trastorno de estrés postraumático*: se produce cuando el paciente ha experimentado o presenciado una amenaza inmediata a la vida, violación de la integridad física, moral propia o de otra persona; dentro de las causas se incluyen asalto, abuso sexual o físico, pérdida de un ser querido; para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático es necesario que la persona haya estado expuesta a un acontecimiento traumático caracterizado por muertes o amenazas a su integridad física o la de los demás, haya respondido con temor, desesperanza u horror intensos, presente reexperimentación persistente del acontecimiento traumático, evite los estímulos asociados al evento y exista disminución de la capacidad de respuesta del individuo.(35)

Con el cáncer, el trastorno por estrés postraumático puede comenzar incluso antes del diagnóstico, durante la etapa de temor ante la detección de una anomalía, que lleva un aumento en la ansiedad durante el proceso diagnóstico, de etapificación y determinación histopatológica.(36)

- *Trastorno obsesivo – compulsivo*: este trastorno se divide en: obsesiones, las cuales son ideas, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes considerados como intrusos y absurdos que se imponen al sujeto que generan gran ansiedad y malestar. Estas se caracterizan por ser de carácter insólito y repetitivo, las obsesiones pueden ser sobre temas religiosos, morales, de pureza y protección corporal. Las compulsiones son comportamientos que se realizan frente a una obsesión con la finalidad de disminuir el malestar o la ansiedad que producen, pueden ser actos mentales o motores. Su prevalencia es de 2 – 3 % en la población general, la edad media de aparición es a los 19 años, en los varones se presenta antes que en las mujeres.(37)

Es una enfermedad crónica que puede llegar a ser invalidante desde el punto de vista social y laboral, en cuya manifestación influyen aspectos genéticos, sociales y ambientales, se ha visto que tiene una alta heredabilidad, se presenta en especial en parientes de primer grado.(38)

#### **2.3.4 Riesgo de suicidio**

Los pacientes oncológicos presentan con frecuencia sentimientos de miedo a la muerte, a la desfiguración, al abandono y a convertirse en una pesada carga económica para sus familiares; conforme la enfermedad avanza y se vuelve cada vez más grave los pacientes se deprimen, expresan sentimientos de desesperanza y se vuelven pesimistas, esto causa alteración en la capacidad para tomar decisiones en cuanto a salud; y rechazo al tratamiento, lo que les conlleva a buscar el significado de su vida perdiendo la batalla y deseando terminar con todo. Esto los acarrea a ideas e incluso intentos de suicidio. Existen subtipos de cáncer que se asocian a mayores tasas de suicidio sobre todo en hombres, como: cáncer de páncreas, gástrico, orofaringe y pulmón. (39)

Un estudio realizado en el 2016 por Díaz D., en España en la Unidad de Oncología Médica y Cuidados Paliativos, donde participaron 202 pacientes, se demostró que

existe una alta relación entre la ideación suicida y la edad, sexo, y el tipo de tratamiento. Siendo entonces las mujeres, los pacientes de más edad y aquellos que se encuentran en tratamiento paliativo los que están en mayor riesgo.(40)

### **2.3.5 Trastorno psicótico**

Es un trastorno mental caracterizado por alteraciones profundas en el pensamiento, afecta el estado de ánimo, la percepción, diversas funciones cognitivas y del comportamiento, se pierde el contacto con la realidad, se presenta deterioro en el razonamiento y juicio. Sus síntomas principales son los delirios, falsas creencias, y alucinaciones que son percepciones alteradas de los diferentes sentidos.(41)

Este trastorno abarca una amplia variedad de dominios psicopatológicos: alucinaciones, delirios síntomas negativos, lenguaje desorganizado y comportamiento psicomotor anormal o desorganizado, su expresión clínica depende de factores genéticos y ambientales.(42), se encuentra entre una de las diez principales causas de discapacidad en personas de 20 a 24 años, representa el tercer desorden mental en Europa, parece en la adolescencia o en la temprana adultez, afecta al 2 – 3 % de la población.(43)

### **2.3.6 Trastorno antisocial de la personalidad**

Constituye uno de los trastornos de la personalidad con un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que afecta dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, relación interpersonal o control de impulsos, se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible. Comienza en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta, es estable en el tiempo, este produce un fracaso en la adaptación de la identidad propia y en las relaciones interpersonales.(44)

Es una condición psiquiátrica, cuya característica es manipular a otras personas y violar sus derechos. No cumplen las normas de la sociedad, son indiferentes a los sentimientos y al dolor ajeno, muestran falta de remordimiento y toman decisiones

irresponsables. Su prevalencia en la población en general es de 0.2 % - 3.3 %, se presenta sobretodo en varones con uso de alcohol, abuso de sustancias, personas con un nivel socioeconómico bajo y en migrantes.(45)

De acuerdo al sexo la prevalencia es de 1 % en mujeres y 3 % en hombres de la población general, estas personas son impulsivas, no les importa las consecuencias de sus actos, no cuentan con responsabilidades personales y sociales. Tiene déficit en la solución de problemas, en sentimientos de amor o culpabilidad y una gran pobreza afectiva, con una conducta desviada y de tipo persistente, una personalidad egocéntrica, presentan un estilo de vida inestable, comportamiento criminal y una baja escolaridad.(46)

### **2.3.7 Abuso y dependencia alcohólica**

La ingesta de alcohol ha estado fundamentalmente vinculada con los patrones culturales y sociales desde el inicio de la humanidad. El consumo de alcohol a nivel mundial ocasiona 3,2 % de las muertes y 4 % de la carga de enfermedad. En Argentina, en el 2013 Villace M. y Fernandez A., realizaron un estudio donde se observó que el 37 % de los accidentes de tránsito en hombres y el 47 % de los homicidios y agresiones son atribuibles al consumo de alcohol.(47)

En América latina según datos del 2014 de la OPS/OMS las tasas de mortalidad por alcoholismo son muy altas, especialmente en El Salvador 27,4 en 100 mil muertes por año, Guatemala 22,3 y Nicaragua 21,3, México 17,8, Brasil 12,2. Estas tasas se comparan con otras más bajas en Colombia 1,8, Argentina 4,0, Venezuela 5,5, Ecuador 5,9, Costa Rica 5,8, y Canadá 5.7.(48)

Para su diagnóstico requiere la existencia de intenso deseo de consumir alcohol, consecuencias para el sujeto y pérdida de la capacidad de control del uso. Es característico que el sujeto dependiente, víctima de un intenso deseo de consumir, abandone otras actividades y dedique tiempo a la obtención y consumo de bebidas

alcohólicas. La existencia de tolerancia y abstinencia somática clarifican el diagnóstico, pero no son requisitos indispensables para el mismo ya que se requiere además la presencia de los siguientes síntomas en el último año:

- a) Deseo intenso de consumir bebidas alcohólicas.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el comienzo o la finalización del consumo de bebidas alcohólicas
- c) Signos de abstinencia de alcohol en algún momento o utilización de otras sustancias para impedir su aparición.
- d) Aparición de tolerancia
- e) A causa del consumo de alcohol se han abandonado otras actividades antes placenteras, o se dedica más tiempo que antes a obtener, consumir y recuperarse del consumo de alcohol.
- f) El consumo de bebidas alcohólicas persiste a pesar de la conciencia de perjuicio que ocasiona a uno mismo (daño físico o mental).(49)

### **2.3.8 Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas**

El consumo de sustancias psicoactivas afecta tanto la calidad y expectativa de vida de la persona consumidora, así como también de su familia y comunidad. Esto constituye un serio problema de salud para muchas personas en las Américas, se ha encontrado relación entre el inicio temprano del consumo y el desarrollo de dependencia, por lo que los programas de salud pública deberían enfocarse en prevenir el uso y retrasar el inicio del consumo entre los jóvenes. La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en el mundo y está asociada con menor mortalidad que muchas otras sustancias, el consumo de la cocaína ha ido aumentando especialmente sus formas fumables en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, particularmente cuando se trata de los grupos vulnerables marginados. El consumo de heroína es mucho menos común en América Latina y el Caribe, la mayoría del consumo se concentra en Estados Unidos, Canadá y México. Drogas sintéticas como los estimulantes de tipo anfetamínico tienen una alta prevalencia de

consumo en Canadá y Estados Unidos. El consumo de sustancias tipo éxtasis es cada vez más común en la población joven.(50)

Se denomina sustancia psicoactiva (SPA) a toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce alteración del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Según la OMS, dependencia se define como aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes, puede ser física cuando el organismo necesita mantener un determinado nivel de toxicidad en la sangre para funcionar con normalidad caso contrario se produce en síndrome de abstinencia, que es característico de cada droga. Se habla de dependencia psicológica si el individuo siente una compulsión por consumir periódicamente la droga, con el propósito de experimentar un estado agradable; placer, bienestar, euforia, sociabilidad, o por evadir una situación desagradable: aburrimiento, timidez, estrés.(51)

### **2.3.9 Trastornos de la conducta alimenticia**

Los trastornos de la conducta alimenticia se dividen en tres tipos: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos por atracones.

- *Anorexia nerviosa*: esta comprende una pérdida de peso de manera voluntaria que ocasiona alteraciones orgánicas, es el rechazo a mantener un peso normal en relación con la estatura y la edad, un miedo intenso a ganar peso y una alteración en la percepción de su silueta corporal. Se presenta sobretodo en el sexo femenino y en la edad pre o puberal. En esta intervienen varios factores como: genéticos, psicológicos, sociales, culturales, nutricionales y hormonales.(52)

- *Bulimia nerviosa*: esta se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes de comida que se producen dos veces por semana y durante un periodo de 3 meses,

seguidas de conductas compensatoria para evitar la ganancia de peso, como provocarse el vómito, ejercicio intenso y exagerado uso de laxantes, enemas o diuréticos. En cuanto al peso de los pacientes no existen fluctuaciones y generalmente se encuentran en el rango de la normalidad.(53)

En España en el 2015 Fernández S. y Grande L., estimaron una prevalencia conjunta del trastorno de la conducta alimenticia entre el 4.1 % - 6.41 % de la población, cifras similares a las tasas de prevalencia en países desarrollados. Afecta sobre todo a pacientes jóvenes, tiende a la codificación y representa alta mortalidad. Mientras en la anorexia nerviosa encontramos perfeccionismo y rigidez, en la bulimia nerviosa existe un descontrol y caos en casi todas las áreas como: sexuales, consumo de tóxicos, robos, mentiras. Esto acarrea disminución del rendimiento escolar, reducción de las horas de sueño, irritabilidad y cambios bruscos de humor.(54)

En un estudio realizado por investigadores alemanes y publicados en la revista Psychotherapy and Psychosomatics, revela que los trastornos psiquiátricos representan una alta prevalencia en pacientes con cáncer. En este estudio intervinieron pacientes con diferentes tipos y etapas de cáncer, tanto ambulatorios, hospitalizados y en rehabilitación. Los resultados mostraron que la prevalencia de un trastorno mental fue de 39.4 %, un 15.8 % para los trastornos depresivos, 12,5 % para los del estado del ánimo, 9.5 % para los somatomorfos, y para la dependencia de nicotina de 7.3 %.(12)

#### **2.4.- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**

La Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10, para ser empleado tanto por médicos psiquiatras y médicos de distintas especialidades, después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la Salpêtrière en París y D. Sheehan y colaboradores de la

Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. La MINI se diseñó para generar diagnósticos de la CIE-10, pero también del DSM-IV, como nos muestra la versión mexicana de enero del 2000, para la investigación y la práctica clínica, esta fue traducida, adaptada y utilizada en español por Galli y Saavedra, en Lima, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en 2003. Este instrumento determina la presencia de 16 trastornos mentales con una especificidad y sensibilidad de 85 % y valor predictivo positivo de 75 %; para algunos trastornos evalúa episodios actuales; para otros, episodios de por vida o ambos. Es de suma importancia detectar en forma temprana ciertos rasgos de un trastorno mental para una intervención temprana y poder evitar complicaciones, es interesante mencionar en este punto que el test mide la presencia de rasgos de trastornos psicóticos, lo cual es imprescindible para el tratamiento preventivo y precoz.(55)

Tejada P. y Jaramillo L., en el 2014 realizaron una revisión crítica de 128 artículos que hacían referencia a instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria, donde se evidenció que las entrevistas estructuradas como la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta son el Gold Estándar para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos, la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional tiene una sensibilidad del 75 – 92 % y una especificidad del 90 – 99 %, mientras que la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta tiene una sensibilidad del 68 – 80 % y una especificidad del 90 – 98 %.(56)

Torres M. y Llaza G., realizaron un estudio en hospitales de Arequipa en el 2013 con 148 internos de medicina y 81 médicos residentes a los que se les aplicó la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional, demostró que la frecuencia de trastornos mentales en internos de medicina (51.35 %), fue similar a la encontrada en médicos residentes (48.03 %). Los síntomas más frecuentes fueron de un EDM, con el 27.95 % del total, seguido de un TAG, con el 23.14 %, siendo esta





sintomatología mayor en los internos de medicina (29.73 %) frente a los médicos residentes (11.11 %).(57)

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 HIPÓTESIS**

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades neoplásicas hospitalizados en SOLCA-Cuenca es superior al 22 % y se asocian a factores como: sexo, edad, localización del cáncer y tipo de tratamiento.

### **3.2 OBJETIVOS**

#### **3.2.1.- Objetivo general**

Determinar la prevalencia de trastornos Psiquiátricos en pacientes con enfermedades neoplásicas hospitalizados en los servicios de clínica y cirugía de SOLCA-Cuenca.

#### **3.2.2.- Objetivos específicos**

3.2.2.1 Caracterizar a los pacientes con enfermedades neoplásicas hospitalizados en SOLCA de acuerdo con sus condiciones sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, y según sus antecedentes y apoyo familiar, localización del cáncer y tipo de tratamiento.

3.2.2.2 Determinar los trastornos psiquiátricos más frecuentes a través de la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional.

3.2.2.3 Relacionar la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas en los pacientes hospitalizados, según características sociodemográficas y factores como: antecedentes familiares, apoyo familiar, localización del cáncer y tipo de tratamiento

## **CAPÍTULO IV**

### **4.- DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1.- Tipo de estudio**

El presente trabajo se realizó en base a un estudio transversal de acuerdo a la información obtenida en los pacientes con enfermedades neoplásicas hospitalizados en SOLCA, Cuenca.

#### **4.2.- Área de estudio**

La investigación se realizó en el Instituto del Cáncer SOLCA, ubicado en Ecuador, provincia Azuay, ciudad Cuenca; en la calle Agustín Landívar.

#### **4.3.- Universo y muestra**

La muestra se obtuvo mediante la fórmula de universo desconocido,  $n = (z^2 \cdot p \cdot (1-p)) / e^2$ , la cual fue de 264 pacientes, con intervalo de confianza del 95 %, prevalencia del 22 %, y un error estándar del 5 %. Los pacientes de este estudio fueron seleccionados por muestreo secuencial.

#### **4.4.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **4.4.1.- Criterios de inclusión**

Se incluyó a todos los pacientes diagnosticados de cáncer hombres y mujeres mayores de 18 años que se encontraban hospitalizados en los servicios de clínica y cirugía de SOLCA-Cuenca.

Participaron los pacientes que aceptaron y firmaron el consentimiento informado para formar parte de la investigación.

##### **4.4.2.- Criterios de exclusión**

Se excluyó a los pacientes con alteración del estado de conciencia, y aquellos con diagnóstico de trastornos mentales previo.

#### **4.5.- VARIABLES**

Las variables analizadas en el estudio fueron las siguientes: edad, sexo, estado civil, instrucción, antecedentes familiares de cáncer, apoyo familiar, localización del cáncer, tipo de tratamiento y trastorno psiquiátrico.

##### **4.5.1.- Operacionalización de las variables (ver anexo)**

#### **4.6.- MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

**4.6.1.- Método:** observacional directa

**4.6.2.- Técnica:** la información se recopiló mediante la entrevista con los pacientes con diagnóstico de cáncer y que se encontraban hospitalizados en los servicios de clínica y cirugía del Hospital del cáncer SOLCA-Cuenca aplicando los instrumentos mencionados a continuación.

**4.6.3.- Instrumento:** la información fue registrada mediante el formulario del cuestionario sociodemográfico (Anexo) y de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Anexo), que fueron aplicados luego de explicar al paciente el objetivo de esta investigación, el tipo de preguntas y luego de despejar todas sus dudas se procedió a firmar el consentimiento informado, aceptando formar parte de este estudio.

#### **4.7.- PROCEDIMIENTOS**

Autorización

Se solicitó la aprobación de este proyecto de investigación al Decano de la facultad de medicina de la Universidad de Cuenca.

Se solicitó la autorización al Comité de Coordinación e Investigación del Hospital del cáncer SOLCA-Cuenca para la recolección de datos y el acceso a la información de los pacientes.

#### Supervisión

Este trabajo de investigación fue revisado y guiado por el Dr. Marx Bravo Muñoz, en calidad de Director y por el Dr. Ismael Morocho Malla, en calidad de Asesor.

### **4.8.- ASPECTOS ÉTICOS**

Éste estudio se realizó previa aprobación por parte del Consejo Directivo y la Comisión de Asesoría de Trabajos de Investigación de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, y además con la autorización del Comité de Coordinación e Investigación del Hospital del Cáncer SOLCA-Cuenca.

Los pacientes fueron informados acerca de los objetivos y beneficios de esta investigación, se les indicó que la información es estrictamente confidencial y que sus nombres o datos no serán expuestos de ninguna forma, participaron únicamente los que firmaron el consentimiento informado. Todos los datos obtenidos no fueron divulgados y solo tuvieron acceso a esta información las autoras de este trabajo de investigación, el director y el asesor.

### **4.9.- PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

El presente trabajo se realizó en base a un estudio transversal de acuerdo con la información obtenida en SOLCA, en un formulario para la recolección de datos y en la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, que se aplicó a 264 pacientes, solicitando para ello el respectivo consentimiento por parte de las autoridades de SOLCA y de los pacientes participantes. Una vez recolectados los datos se procedió a crear una base de datos en el programa SPSS, los resultados se tabularon usando el mismo programa estadístico para la realización de las tablas y gráficos. Se utilizó

una estadística descriptiva, mediante la distribución de frecuencia y porcentaje de los datos de cada variable en estudio; además se empleó las tablas de contingencia para determinar la relación entre las variables y los trastornos psiquiátricos más frecuentes, para ello fue necesario reajustar algunos factores como edad: en menores de 65 años y pacientes de 65 años o mayores; estado civil: pacientes con pareja (casado, unión libre) y sin pareja (solteros, divorciados, viudos), nivel de instrucción: primaria y otras (ninguna, secundaria, superior); antecedentes familiares: sin antecedentes si no los presentaba o desconocía y con antecedentes. Para la localización del cáncer se tomaron las tres más frecuentes en relación con las otras y en tratamiento del cáncer se reajusto a monoterapia (radioterapia, quimioterapia, cirugía) y en terapia combinada; para determinar si las variables en estudio tienen o no relación. Se utilizó el programa Epi Info 7, y se empleó la prueba Odds Ratio, intervalo de confianza del 95 % y el valor de p.

## CAPÍTULO V

### 5. Resultados

#### 5.1 Características de la población

**Tabla No 1. Distribución de 264 pacientes con enfermedades Neoplásicas según Características Sociodemográficas**

<i>Variables Sociodemográficas</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Sexo</b>	Masculino	108	40,9 %
	Femenino	156	59,1 %
<b>Edad</b>	19 a 40 años	53	20,1 %
	41 a 54 años	131	49,6 %
	> 65 años	80	30,3 %
<b>Estado Civil</b>	Soltero/a	62	23,5 %
	Casado/a	152	57,6 %
	Divorciado/a	15	5,7 %
	Viudo/a	19	7,2 %
	Unión libre	16	6,1 %
<b>Instrucción</b>	Primaria	107	40,5 %
	Secundaria	84	31,8 %
	Superior	37	14 %
	Ninguno	36	13,6 %
<b>Total</b>		264	100 %

*Fuente:* base de datos.

*Elaborado por:* los autores.

**Interpretación:** según se indican en la tabla 1, dentro de los 264 pacientes que participaron en este estudio se observó que, en cuanto al sexo, existió un predominio femenino con un total 156 pacientes, que corresponden al 59,1 %. El grupo de edad más representativo fue el de los pacientes entre 41 a 64 años con el 49,6 % (131). Con referencia al estado civil de los pacientes, los casados ocupan el

mayor porcentaje con el 57,6 % que corresponde a 152 pacientes. A cerca del nivel de instrucción de los pacientes se observó que 107 tenían instrucción primaria lo que corresponde al 40.5 %.

**Tabla No 2. Distribución de 264 pacientes con enfermedades Neoplásicas según: antecedentes familiares, apoyo familiar, localización y tratamiento.**

<i>Variables</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Antecedentes familiares</b>	Si	82	31,1 %
	No	141	53,4 %
	Desconoce	41	15,5 %
<b>Apoyo familiar</b>	Si	257	97,3 %
	No	7	2,7 %
<b>Localización del cáncer</b>	Mama	24	9,1 %
	Tiroides	43	16,3 %
	Estómago	38	14,4 %
	Colonrectal	30	11,4 %
	Neoplasias Hematológicas	59	22,3 %
	Neoplasias Ginecológicas	33	12,5 %
	Próstata	22	8,3 %
	Otros	15	5,7 %
<b>Tratamiento que recibe</b>	Radioterapia	3	1,1 %
	Quimioterapia	76	28,8 %
	Cirugía	80	30,3 %
	Terapia combinada	105	39,8 %
<b>Total</b>		264	100 %

**Fuente:** base de datos.

**Elaborado por:** los autores.

**Interpretación:** la tabla 2 señala que de los 264 pacientes que participaron en esta investigación el 53.4 % que representa a 141 pacientes no tenían antecedentes de



enfermedades neoplásicas en la familia. En cuanto al apoyo familiar, el 93,3 % lo que corresponde a 257 pacientes indica que “sí” cuentan con el apoyo de sus familiares. Con referencia a la localización de la neoplasia, el mayor porcentaje corresponde a Neoplasias Hematológicas con el 22,3 %, mientras que en menor medida se observa el cáncer de próstata con un total de 22 pacientes que corresponde al 8.3 %. En cuanto al tratamiento que reciben los pacientes, la mayoría de ellos recibe terapia combinada con un porcentaje de 39.8 % que corresponde a 105 pacientes.



## 5.2 Trastornos psiquiátricos frecuentes

Tabla No 3. Distribución de los trastornos psiquiátricos de 264 pacientes hospitalizados en SOLCA.

<i>Trastornos Psiquiátricos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
<i>Episodio Depresivo Mayor</i>	No	122	46,2
	Actual	127	48,1
	Recidivante	15	5,7
<i>Trastorno Distímico</i>	No	234	88,6
	Actual	30	11,4
<i>Riesgo de Suicidio</i>	No	230	87,1
	Leve	22	8,3
	Moderado	8	3,0
	Alto	4	1,5
<i>Episodio Hipomaniaco</i>	No	224	84,8
	Actual	5	1,9
	Pasado	35	13,3
<i>Episodio Maníaco</i>	No	224	84,8
	Actual	5	1,9
	Pasado	35	13,3
<i>Trastorno de Angustia</i>	No	194	73,5
	De por vida	18	6,8
	Crisis actual	52	19,7
<i>Agorafobia</i>	No	258	97,7
	Actual	6	2,3
<i>Fobia social</i>	No	240	90,9
	Actual	24	9,1
<i>Trastorno Obsesivo-Compulsivo</i>	No	242	91,7
	Actual	22	8,3
<i>Trastorno de Estrés Postraumatico</i>	No	239	90,5
	Actual	25	9,5
<i>Abuso y Dependencia de Alcohol</i>	No	263	99,6
	Abuso de alcohol actual	1	0,4
<i>Trastornos Psicóticos</i>	No	231	87,5
	De por vida	33	12,5
<i>Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	No	176	66,7
	De por vida	88	33,3
<i>Trastorno Antisocial de la personalidad</i>	No	262	99,2
	De por vida	2	0,8
<i>Trastornos Asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa</i>	No	264	100

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores

**Interpretación:** la tabla 3 demuestra que de los 264 pacientes que participaron en esta investigación, los trastornos psiquiátricos que mayor prevalencia tuvieron en este estudio, fueron en primer lugar el trastorno depresivo mayor actual con un porcentaje de 48.1 %, que corresponde a 127 pacientes; en segundo lugar, el trastorno de ansiedad generalizado de por vida con 33.3 % que representa a 88 pacientes y en tercer lugar se encuentra el trastorno de angustia con crisis actual con síntomas limitados con un porcentaje de 19.3 %, correspondiente a 51 pacientes. Los trastornos que menor prevalencia tuvieron fueron trastorno antisocial de la personalidad con un 0.8 % (2), y abuso de alcohol con un 0.4 % (1); se observó además que ninguno de los pacientes presentó abuso de sustancias psicoactivas no alcohólicas, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

A continuación para el análisis estadístico se tomó en cuenta los 4 trastornos psiquiátricos más frecuentes y para determinar la relación con los factores asociados fue necesario reajustar algunas variables como: edad, en menores de 65 años y pacientes de 65 años o mayores; estado civil en pacientes con pareja (casado, unión libre), y sin pareja (solteros, divorciados, viudos), nivel de instrucción en primaria y otras (ninguna, secundaria, superior); antecedentes familiares en sin antecedentes si no los presentaba o desconocía y con antecedentes; para la localización del cáncer se tomaron las tres más frecuentes en relación con las otras y en tratamiento del cáncer se reajustó a monoterapia (radioterapia, quimioterapia, cirugía), y en terapia combinada.

**Tabla No 4. Distribución de 264 pacientes con enfermedades Neoplásicas según su relación entre Episodio Depresivo Mayor con características sociodemográficas y con antecedentes familiares de cáncer, apoyo familiar, localización y tratamiento del cáncer.**

<b>Variables</b>	<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR</b>				
	<b>NO n (%)</b>	<b>SI n (%)</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95 %</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>					
<i>Masculino</i>	62 (50.8 %)	46 (32.4 %)	2.157	1.309- 3.554	0.002
<i>Femenino</i>	60(49,2 %)	96 (67.6 %)			
<b>Edad</b>					
<i>Menores de 65 años</i>	92(75.4 %)	92 (64.8 %)	1.667	0.974- 2.852	0.061
<i>65 años en adelante</i>	30(24.6 %)	50 (35.2 %)			
<b>Estado Civil</b>					
<i>Con pareja</i>	78 (63.9 %)	90 (63.4 %)	1.024	0.619- 1.694	0.926
<i>Sin pareja</i>	44 (36.1 %)	52 (36.6 %)			
<b>Instrucción</b>					
<i>Primaria</i>	43 (35.2 %)	64 (45.1 %)	0.663	0.404- 1.091	0.105
<i>Otros</i>	79 (64.8 %)	78 (54.9 %)			
<b>Antecedentes Familiares</b>					
<i>No</i>	84 (68.9 %)	98 (69 %)	0.993	0.588- 1.674	0.977
<i>Si</i>	38 (31.1 %)	44 (31 %)			
<b>Apoyo Familiar</b>					
<i>No</i>	5 (4,1 %)	2 (1.4 %)	2.992	0.570- 15.704	0.175
<i>Si</i>	117 (95.9 %)	140 (98.6 %)			
<b>Tratamiento del Cáncer</b>					
<i>Monoterapia</i>	75 (61.5 %)	84 (59.2 %)	1.102	0.672- 1.807	0.701
<i>Terapia Combinada</i>	47 (38.5 %)	58 (40.8 %)			
<b>Total</b>	122 (46.2 %)	142 (53.8 %)			

**Fuente:** base de datos.

**Elaborado por:** los autores.

**Interpretación:** en la tabla 4 se determinó la relación que existe entre el episodio depresivo mayor con las características sociodemográficos y los factores estudiados, podemos observar que dicho trastorno se presenta con mayor frecuente en el sexo femenino, en pacientes menores de 65 años, en aquellos que tiene pareja (casados, unión libre), de acuerdo a la instrucción fue frecuente en los que cursaron niveles diferentes a la primaria (secundaria y superior), también en aquellos que no presentaron antecedentes de cáncer en su familia, en los que si recibían apoyo

familiar, y en cuanto al tratamiento del cáncer el EDM se presentó más en los pacientes que reciben monoterapia.

Según el análisis estadístico se demostró una asociación significativa con la variable sexo, con un  $OR=2.157$  ( $IC\ 95\%=1.309-3.554$ ) y un valor de  $p$  de  $0.002$ , que es menor a  $0,05$ ; indicando que existe relación entre las variables, siendo un factor de riesgo para EPM el sexo femenino. En cuanto a las variables como edad con un  $OR=1.667$ , apoyo familiar con  $OR=2.992$  y tratamiento del cáncer con  $OR=1.102$ , indicando que estas constituyen un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno estudiado, aunque sus valores de  $IC$  y de  $p$  no son significativos. El resto de variables estudiadas no mostraron asociaciones estadísticamente significativas.

**Tabla No 5. Distribución de 264 pacientes con enfermedades Neoplásicas según su relación entre Trastorno de Ansiedad Generalizado con características sociodemográficas y con antecedentes familiares de cáncer, apoyo familiar, localización y tratamiento del cáncer.**

<i>Variables</i>	<i>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO</i>				
	<b>NO n (%)</b>	<b>SI n (%)</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95 %</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>					
<i>Masculino</i>	72 (40.9 %)	36 (40.9 %)	1.00	0.594-1.683	1.00
<i>Femenino</i>	104 (59.1 %)	52 (59.1 %)			
<b>Edad</b>					
<i>Menores de 65 años</i>	121 (68.7 %)	63 (71.6 %)	0.873	0.498-1.532	0.636
<i>65 años en adelante</i>	55 (31.3 %)	25 (28.4 %)			
<b>Estado Civil</b>					
<i>Con pareja</i>	108 (61.4 %)	60 (68.2 %)	0.741	0.431-1.274	0.278
<i>Sin pareja</i>	68 (38.4 %)	28 (31.8 %)			
<b>Instrucción</b>					
<i>Primaria</i>	77 (43.8 %)	30 (34.1 %)	1.504	0.883-2.560	0.132
<i>Otros</i>	99 (56.2 %)	58 (65.9 %)			
<b>Antecedentes Familiares</b>					
<i>No</i>	121 (68.7 %)	61 (69.3 %)	0.974	0.560-1.695	0.925
<i>Si</i>	55 (31.3 %)	27 (30.7 %)			
<b>Apoyo Familiar</b>					
<i>No</i>	5 (2.8 %)	2 (2.3 %)	1.257	0.239-6.614	0.786
<i>Si</i>	171 (97.2 %)	86 (97.7 %)			
<b>Tratamiento del Cáncer</b>					
<i>Monoterapia</i>	102 (58 %)	57 (64.8 %)	0.750	0.441-1.274	0.286
<i>Terapia Combinada</i>	74 (42 %)	31 (35.2 %)			
<b>Total</b>	176 (66.7 %)	88 (33.83 %)			

**Fuente:** base de datos.

**Elaborado por:** los autores.

**Interpretación:** de acuerdo a la tabla 5 donde se relacionó el Trastorno de Ansiedad Generalizado con las variables estudiadas, se observó que esta patología es más frecuente en el sexo femenino, según edad en menores de 65 años, en aquellos que tiene pareja, en pacientes con un nivel de instrucción diferente a la primaria, en quienes no tienen antecedentes familiares de cáncer, y en aquellos que, si reciben apoyo por parte de su familia, y en los que reciben monoterapia como tratamiento del cáncer.

Según el análisis estadístico no existe asociación estadísticamente significativa entre el trastorno de ansiedad generalizado y las variables empleadas. En cuanto a los valores de OR de la variable instrucción  $OR=1.504$  y apoyo familiar  $OR= 1.257$ , estas representan un factor de riesgo para el desarrollo de dicho trastorno, aunque sus valores de IC y p no son significativos.

**Tabla No 6. Distribución de 264 pacientes con enfermedades Neoplásicas según su relación entre Trastorno de Angustia con características sociodemográficas y con antecedentes familiares de cáncer, apoyo familiar, localización y tratamiento del cáncer.**

<i>Variables</i>	<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA</i>				
	<b>NO n (%)</b>	<b>SI n (%)</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95 %</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>					
<i>Masculino</i>	92 (47.4 %)	16 (22.9 %)	3.015	1.614- 5.631	0.000 3
<i>Femenino</i>	102 (52,6 %)	54 (77.1 %)			
<b>Edad</b>					
<i>Menores de 65 años</i>	130 (67 %)	54 (77.1 %)	0.602	0.319- 1.134	0.114
<i>65 años en adelante</i>	64 (33 %)	16 (22.9 %)			
<b>Estado Civil</b>					
<i>Con pareja</i>	124 (63.9 %)	44 (62.9 %)	1.047	0.594- 1.845	0.874
<i>Sin pareja</i>	70 (36.1 %)	26 (37.1 %)			
<b>Instrucción</b>					
<i>Primaria</i>	78 (40.2 %)	29 (41.4 %)	0.951	0.546- 1.657	0.858
<i>Otros</i>	116 (59.8 %)	41 (58.6 %)			
<b>Antecedentes Familiares</b>					
<i>No</i>	135 (69.6 %)	47 (67.1 %)	1.119	0.624- 2.010	0.705
<i>Si</i>	59 (30.4 %)	23 (32.9 %)			
<b>Apoyo Familiar</b>					
<i>No</i>	4 (2.1 %)	3 (4.3 %)	0.470	0.103- 2.156	0.321
<i>Si</i>	190 (97.9 %)	67 (95.7 %)			
<b>Tratamiento del Cáncer</b>					
<i>Monoterapia</i>	112 (57.7 %)	47 (67.1 %)	0.668	0.376- 1.187	0.168
<i>Terapia Combinada</i>	82 (42.3 %)	23 (32.9 %)			
<b>Total</b>	194 (73.5 %)	70 (26.5 %)			

**Fuente:** base de datos.

**Elaborado por:** los autores.

**Interpretación:** según la tabla 6 donde se relaciona el Trastorno de Angustia con las diferentes variables estudiadas, se observó que este trastorno psiquiátrico se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, en pacientes menores de 65 años, según estado civil en pacientes con pareja, es decir en casados y en unión libre, en aquellos cuyo nivel de instrucción fue la primaria, en pacientes que no tenían antecedentes familiares de cáncer, quienes si recibían apoyo por parte de sus familiares, y por último fue frecuente en pacientes que recibían monoterapia como tratamiento.

De acuerdo al análisis estadístico se observó que existe asociación significativa con la variable sexo, donde se obtuvo un  $OR=3.015$  ( $IC\ 95\ \%=1.614-5.631$ ) y un valor de  $p\ 0.0003$ , que es menor a  $0,05$ ; lo que significa que existe relación entre las variables, siendo el sexo femenino un factor de riesgo para desarrollar dicho trastorno. Se demostró también que la variable de antecedentes familiares con un  $OR=1.119$  constituye un factor de riesgo para la aparición de esta enfermedad psiquiátrica. Aunque su valor de intervalo de confianza no es significativo y el valor de  $p$  correspondiente es mayor a  $0.05$ . Con las variables restantes tampoco existe asociación significativa.



**Tabla No 7. Distribución de 264 pacientes con enfermedades Neoplásicas según su relación entre Riesgo de Suicidio con características sociodemográficas y con antecedentes familiares de cáncer, apoyo familiar, localización y tratamiento del cáncer.**

<b>Variables</b>	<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>				
	<b>NO n (%)</b>	<b>SI n (%)</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95 %</b>	<b>p</b>
<b>Sexo</b>					
<i>Masculino</i>	94 (40.9 %)	14 (41.2 %)	0.987	0.475-2.053	0.973
<i>Femenino</i>	136 (59.1 %)	20 (58.8 %)			
<b>Edad</b>					
<i>Menores de 65 años</i>	162 (70.4 %)	22 (64.7 %)	1.300	0.609-2.774	2.774
<i>65 años en adelante</i>	68 (29.6 %)	12 (35.3 %)			
<b>Estado Civil</b>					
<i>Con pareja</i>	145 (63 %)	23 (67.6 %)	0.816	0.379-1.756	0.602
<i>Sin pareja</i>	85 (37 %)	11 (32.4 %)			
<b>Instrucción</b>					
<i>Primaria</i>	92 (40 %)	15 (44.1 %)	0.844	0.408-1.746	0.648
<i>Otros</i>	138 (60 %)	19 (55.9 %)			
<b>Antecedentes Familiares</b>					
<i>No</i>	158 (68.7 %)	24 (70.6 %)	0.914	0.416-2.012	0.824
<i>Si</i>	72 (31.3 %)	10 (29.4 %)			
<b>Apoyo Familiar</b>					
<i>No</i>	5 (2.2 %)	2 (6.9 %)	0.356	0.066-1.910	0.209
<i>Si</i>	225 (97.8 %)	32 (94.1 %)			
<b>Tratamiento del Cáncer</b>					
<i>Monoterapia</i>	139 (60.4 %)	20 (58.8 %)	1.069	0.514-2.224	0.858
<i>Terapia Combinada</i>	91 (39.6 %)	14 (41.2 %)			
<b>Total</b>	230 (87.1 %)	34 (12.9 %)			

**Fuente:** base de datos.

**Elaborado por:** los autores.

**Interpretación:** la tabla 7 indica la relación que existe entre el riesgo de suicidio y las variables empleadas, demostrando que este trastorno psiquiátrico se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, en pacientes menores de 65 años, en aquellos que tiene pareja, en quienes cuyo nivel de instrucción no es la primaria, pacientes sin antecedentes familiares de cáncer, que reciben apoyo por parte de su familia y en quienes su tratamiento es la monoterapia.

De acuerdo al análisis estadístico, el riesgo de suicido no tiene asociación significativa con ninguna de las variables mencionadas. Con relación a la edad  $OR=1.300$ , y tratamiento del cáncer  $OR=1.069$ , estos constituyen un factor de riesgo para la aparición de este trastorno, pero no tienen asociación significativa de acuerdo a sus valores de IC y de p.

Se relaciona además cada uno de estos 4 trastornos psiquiátricos más frecuentes con la variable localización del cáncer, pero no se encontró asociación estadísticamente significativa, por lo que no se incluyó en los cuadros presentados anteriormente.

## CAPÍTULO VI

### 6. Discusión

Se ha demostrado que existen altos niveles de angustia emocional y psicosocial en los pacientes con diagnóstico de cáncer, esto puede causar serios problemas en el manejo del paciente oncológico ya que se ha visto una menor adherencia y participación en la atención médica, una mayor mortalidad, mayor duración de la estancia hospitalaria, más sufrimiento de los efectos somáticos y peor calidad de vida de los pacientes.(58)

Dentro de las características de la población estudiada se encontró que en cuanto al sexo existió un predominio femenino que representó el 59.1 % frente al 40.9 % de hombres, similar a un estudio realizado por Díaz D. en el Hospital del Cáncer SOLCA-Quito en el 2012, en el que se buscaba la prevalencia de depresión donde el 58.5 % de los participantes eran mujeres y el 41.5 % hombres, los resultados mostraron también que el 33.3 % de la población estudiada en Quito tenía entre 51 y 65 años y el 53.7 % estaban casados; estos datos revelan que las características sociodemográficas de la población atendida en los 2 Hospitales de SOLCA son parecidas ya que en nuestro estudio se encontró que el 57.6 % de la población estaban casados y el grupo de edad más representativo que correspondía al 49.6 % tenía entre 41 y 64 años.(12)

En un estudio realizado en Alemania en el 2014 por Nazlicam E. y Okyay R. para determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en el que participaron 2141 pacientes, el 51.5 % eran mujeres, la edad media fue de 57.6 años y el 63.4 % estaban casados, se observó que a pesar de ser un estudio realizado en un país desarrollado y con una muestra más grande, las características sociodemográficas son parecidas a las de nuestro estudio.(58)

En nuestro estudio también se caracterizó a la población estudiada, según el apoyo familiar que tenían durante el transcurso de su enfermedad y tratamiento. Se observó que la gran mayoría es decir el 97.3 % de los pacientes contaban con familiares que los acompañaban y ayudaban en su enfermedad, similar al estudio realizado en SOLCA Quito en el que el 90.2 % de los pacientes referían apoyo familiar.(12)

En estudio realizado por Ferlay J., Eser S. y Mathers C. en 184 países se ha visto que a nivel mundial en el 2012 hubo 14.1 millones de casos de cáncer principalmente de pulmón, mama y colorrectal(2); pero en nuestro estudio se observó que la localización más frecuente de cáncer fueron las neoplasias hematológicas con un 22.3 %, seguido del cáncer de tiroides con un 16.3 %, el cáncer colorrectal ocupa el quinto lugar con el 11.4 % y el cáncer de mama el sexto lugar con el 9.1 %, sin embargo hay que tener en cuenta que nuestro estudio fue realizado en este año con una muestra pequeña y únicamente en un hospital.

La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, en un estudio realizado por Rodríguez J. y Aguilar S. en Perú en el 2012, se demostró que el trastorno más frecuente es el abuso o dependencia de alcohol con un 18,6 %, en segundo lugar están los trastornos depresivos mayores con tasas de prevalencia de 9,7 %, fobias del 8,5 %, el trastorno antisocial de la personalidad en un 7,1 %, seguido de la distimia de 3,4 % y el trastorno de pánico en un 2,1 %(13); en nuestro estudio en cambio se observó que el trastorno psiquiátrico más frecuente es el trastorno depresivo mayor con un 53.8 %, el trastorno de ansiedad generalizada ocupa el segundo lugar con un 33.3 %, seguidos por el trastorno de angustia o pánico con un 26.5 %, y el riesgo de suicidio con un 12.9 %.

Datos similares a los que se encontraron en un metaanálisis realizado en China por Yang Y. y Wu H. en el 2013, donde se encontró depresión con un 54.6 % y ansiedad

en un 49.69 % (11), de igual manera en un estudio realizado por Barahona L. en Perú en el 2012, con 169 pacientes internados en los Departamento de Oncología Médica, se observó que la prevalencia de depresión fue del 58.6 % y de ansiedad el 18.3 %.(31)

En un estudio realizado por Pino D. en el Hospital Oncológico de SOLCA Núcleo de Quito en el año 2012, se observó que cambia el orden de frecuencia siendo el más frecuente el trastorno de ansiedad con un 22.4 % y depresión 17.1 % (12), caso similar al que se ve en un estudio realizado por Gordillo F. y Fierro M. en 237 pacientes del Servicio de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Oncológico de SOLCA – Quito en el 2014, donde se demostró que el 21.5 % de pacientes con diagnóstico de cáncer presentan ansiedad y el 16 % depresión.(20)

Hernández y Cruzado en el año 2013 estudiaron la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes con neoplasias en la población española y encontraron que la ideación y/o riesgo de suicidio varían entre el 1 % y el 20 % según la gravedad y el estadio del cáncer, (7), en nuestro estudio la prevalencia de riesgo de suicidio corresponde al 12.9 %.

En un estudio realizado en el 2016 por Díaz D. en España en la Unidad de Oncología Médica y Cuidados Paliativos, con 202 pacientes, se demostró que existe una alta relación entre la ideación suicida y el sexo siendo más frecuente en mujeres, similar a nuestra investigación donde se encontró que de los 34 pacientes con riesgo de suicidio el 58,8% fueron mujeres.(40)

En nuestro estudio existió una asociación significativa entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno de angustia con la variable sexo, siendo un factor de riesgo para el desarrollo de éstas patologías el sexo femenino. No hemos encontrado estudios en los que se muestre al sexo femenino como factor de riesgo para estos trastornos sin embargo se han realizado varios estudios en mujeres con cáncer de

mama donde se ha reportado un alto porcentaje de depresión; un estudio realizado en el 2015 por el National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer, en 236 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama se encontró que el 11 % notificaron síntomas que indicaban depresión grave(9). Al igual que en un estudio realizado por Herencia M. y Soto A. en Perú en el 2016 en 385 pacientes con cáncer de mama, se encontró una prevalencia de sintomatología depresiva del 21,29 %.(59)

En Estados Unidos en el 2015 según datos del National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer, se demostró que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer varía entre el 22 y 58 %, especialmente en los pacientes con cáncer de pulmón, páncreas y cerebro(9). Un estudio en Alemania realizado por Mehnert A. y Brahler E. en el 2014 se encontró que el 32 % de los pacientes con cáncer presentaban algún tipo de trastorno mental, principalmente en pacientes con cáncer de mama 42 %, cáncer de cabeza y cuello 41 % y melanoma maligno 39 %.(10)

A diferencia de estos estudios donde existió relación entre la localización del cáncer y la presencia de algún trastorno psiquiátrico, en nuestra investigación no hubo asociación significativa entre estas variables, por lo que podemos decir que en el Hospital del Cáncer SOLCA-Cuenca el trastorno psiquiátrico se presenta de manera independiente a la localización del tumor.

## CAPÍTULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES:

De acuerdo al estudio realizado en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, donde participaron 264 pacientes con diagnóstico de cáncer hospitalizados en los servicios de clínica y cirugía, se concluyó:

1. En relación a las características sociodemográficas existió una mayor prevalencia de pacientes de sexo femenino, la edad más frecuente fue entre 41 – 64 años, según el estado civil y el nivel de instrucción lo que predominó fueron los pacientes casados y quienes acudieron a la primaria.
2. La mayoría de los pacientes no tenían antecedentes familiares de cáncer, recibían apoyo por parte de su familia, de acuerdo a la localización del cáncer los más frecuentes fueron: neoplasias hematológicas, cáncer de tiroides y cáncer de estómago; los menos frecuentes fueron cáncer de próstata, de mama y colonrectal. En cuanto al tratamiento la mayoría de los pacientes recibieron terapia combinada.
3. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes fueron el episodio depresivo mayor, el segundo fue el trastorno de ansiedad generalizado, seguido por el trastorno de angustia y por último encontramos el riesgo de suicidio; según la aplicación de la mini entrevista internacional neuropsiquiatría internacional.
4. La variable sexo presentó una asociación estadísticamente significativa con el episodio depresivo mayor y el trastorno de angustia.

5. Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos nuestra hipótesis planteada donde se evidenció que la prevalencia de trastornos psiquiátricos fue mayor al 22 % para episodio depresivo mayor, trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada, sin embargo, se demostró que únicamente existe relación con el sexo.

## **7.2 RECOMENDACIONES:**

- a) El Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, recibe la mayoría de pacientes con enfermedades neoplásicas ya sea en estadios agudos, avanzados o para cuidados paliativos; estas condiciones producen un mayor deterioro físico como mental y afectivo, por lo que se considera importante el diagnóstico de trastornos psiquiátricos durante su hospitalización, sobre todo los de mayor prevalencia como la depresión, ansiedad, angustia y riesgo de suicidio.
- b) El personal médico no psiquiátrico ni psicológico, debe identificar los trastornos psiquiátricos más frecuentes, para disminuir el malestar emocional del paciente y permitir una adecuada evolución y adherencia al tratamiento oncológico.
- c) Una vez identificado los trastornos, se debe realizar un seguimiento continuo y permanente, para mejorar su salud mental, ofreciéndoles un estilo y calidad de vida adecuado.
- d) La salud mental en los pacientes es muy importante para lograr la aceptación, recuperación y manejo de su enfermedad oncológica, por lo que se debe tener mayor énfasis en su vida emocional y afectiva. Trabajando sobre todo en el sexo femenino donde se ha visto que existe mayor frecuencia de este tipo de trastornos.



- e) Replicar este tipo de estudio en otras Hospitales o Instituciones del cáncer para contar con más información y para efectos de comparación.

## CAPÍTULO VIII

### 8. Referencias Bibliográficas

1. Pousa V, Miguelez A, Hernández M, Torres G, Ángel M, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Colomb Cancerol. :166-72.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 1 de marzo de 2015;136(5):E359-386.
3. Robert V, Álvarez C, Valdivieso F. Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de julio de 2013;24(4):677-84.
4. Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2017]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000500008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500008)
5. Urruela Umaña J. Cáncer de mama y depresión: un modelo inflamatorio. octubre de 2014;
6. Sánchez B, Martín V, Vázquez C, Alonso E. Atención psicológica para pacientes con cáncer y sus familiares: ¿qué nos encontramos en la práctica clínica? Psicooncología. 2016;13(2-3):191-204.
7. Hernández M, Cruzado J. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. Clínica Salud. marzo de 2013;24(1):1-9.
8. Galindo O, Rojas E, Meneses A, Aguilar J, Álvarez M, Alvarado S. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de beck (BAI) en pacientes con cáncer. Psicooncología [Internet]. 10 de junio de 2015 [citado 21 de septiembre de 2017];12(1). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/48903>
9. Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento [Internet]. National Cancer Institute. [citado 21 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>

10. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M. Four-Week Prevalence of Mental Disorders in Patients With Cancer Across Major Tumor Entities. *J Clin Oncol*. noviembre de 2014;32:3540-6.
11. Yang Y-L, Liu L, Wang Y, Wu H, Yang X-S, Wang J-N, et al. The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 22 de agosto de 2013;13:393.
12. Pino D. Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el Hospital Oncológico de « SOLCA » núcleo Quito-Ecuador, octubre-noviembre de 2011 [Internet] [B.S. thesis]. QUITO/PUCE/2012; 2012 [citado 21 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5350>
13. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S, Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2012.
14. Firmeza M, Oliveira P, Rodrigues A, da Rocha L, Moura A. Anxiety in patients with malignant neoplasms in the mediate postoperative period: a correlational study. *Online Braz J Nurs*. 2016;15(2):134–145.
15. Hartung T, Brähler E, Faller H, Härter M, Hinz A, Johansen C, et al. The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. febrero de 2017;72:46-53.
16. Tensión postraumática relacionada con el cáncer [Internet]. National Cancer Institute. [citado 22 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/nueva-normalidad/ptsd-pro-pdq>
17. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. National Cancer Institute. [citado 22 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
18. Castro N. Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del cáncer. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de julio de 2013;24(4):553-62.
19. Factores de riesgo del cáncer [Internet]. National Cancer Institute. [citado 22 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>

20. Gordillo F, Fierro M, Cevallos N, Cervantes M. La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1 de julio de 2017;46(3):154-60.
21. Black D, Andreasen N. Texto introductorio de psiquiatría. Editorial El Manual Moderno; 2015. 760 p.
22. Conejo S, Moreno P, Morales J, Alot A, García J, González M, et al. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. *An Sist Sanit Navar.* agosto de 2014;37(2):223-33.
23. Crempien C, Parra C, Grez B, Valdés F. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago, Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* abril de 2017;55(1):26-35.
24. Ochoa C, Casellas A, Vives J, Font A, Borràs J. Psicoterapia positiva en pacientes con elevado malestar emocional en cáncer: la facilitación del crecimiento posttraumático reducé el estrés posttraumático. *Int J Clin Health Psychol* 2017 Num 17 P 28-37 [Internet]. 2017 [citado 22 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/114966>
25. Jiménez M, Gallardo G, Villaseñor T, González A. La distimia en el contexto clínico. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2013 [citado 22 de septiembre de 2017];42(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/806/80629187008/>
26. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
27. Calderón P, Gutiérrez J, Velasco J. 18. Psiquiatría 18. Psiquiatría.
28. García H, Hurtado L. Guía de Práctica Clínica para el Trastorno de Ansiedad generalizada basada en el modelo de atención por pasos en atención primaria y salud mental. Serv Andal Salud. 2015;
29. Ortega R, André M. IMPACTOS DEL MODELO INTEGRATIVO DE REGULACIÓN EMOCIONAL GRUPAL EN USUARIOS CON TRASTORNO DE ANSIEDA GENERALIZADA. *Enseñ E Investig En Psicol* [Internet]. 2016 [citado 25 de septiembre de 2017];21(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=29248180002>
30. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada [Internet]. [citado 25 de septiembre de 2017]. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000600009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600009)

31. Barahona L. Efectos del impacto de recibir el diagnóstico de cáncer en la salud mental de pacientes adultos del hospital Edgardo Rebagliati Martins. Essalud. 2011. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
32. Maero F. Trastorno de pánico: Una guía para profesionales. [citado 22 de septiembre de 2017]; Disponible en: <https://cdn-61ba.kxcdn.com/wp-content/uploads/2013/04/ataques-de-panico-una-guia-para-profesionales-2.pdf>
33. Suyo V, Isabel M. Tratamiento de la agorafobia con realidad virtual. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2015. 2015 [citado 22 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2117>
34. Gasull V. Los trastornos de ansiedad. Organ Médica Col Esp. Enero de 2013;
35. Mendoza S, Márquez O, Guadarrama R, Ramos L. Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. Salud Ment. 2013;36(6):493–503.
36. Trastorno por estrés postraumático: Causa y consecuencia del cáncer y enfermedades cardiovasculares [Internet]. Medscape. [citado 22 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://espanol.medscape.com/viewarticle/5901184>
37. Vellosillo P, Vicario A. Trastorno obsesivo compulsivo. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de septiembre de 2015;11(84):5008-14.
38. Toro P. Estado de Reposo (Resting State) en Trastorno Obsesivo Compulsivo. Una revisión de la literatura. Actas Esp Psiquiatr. 2014;42(5):250–8.
39. Rojas O, Fuentes C, Robert P. PSICOONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL. ALCANCES EN DEPRESIÓN Y CÁNCER. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de mayo de 2017;28(3):450-9.
40. Díaz D. Evaluación de los aspectos psicopatológicos en pacientes oncológicos del Hospital Jiménez Díaz de Madrid (HUJD). Psychopathological assessment of a ward of oncologic patients at Hospital Jimenez Díaz, Madrid (UHJD) [Internet]. 25 de abril de 2017 [citado 22 de septiembre de 2017]; Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/679045>
41. Rus M, Lemos S. Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. Cuad Med Psicosomática. 2014;111:89–93.

42. Rodríguez M, Ibáñez I, Barrera A. Rumiación, Preocupación y Orientación Negativa al Problema: procesos Transdiagnósticos de los Trastornos de Ansiedad, de la Conducta Alimentaria y del Estado de Ánimo-Rumination, Worry and Negative Problem Orientation: transdiagnostic Processes of Anxiety. *Acta Colomb Psicol [Internet]*. 27 de julio de 2017 [citado 26 de septiembre de 2017];20(2). Disponible en: [http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas\\_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1009](http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1009)
43. Fonseca E, Inchausti F, Ortuño J, Gutiérrez C, Gooding D, Paino M. Avances en la evaluación de los síntomas negativos en el síndrome psicótico. *Papeles Psicólogo [Internet]*. 2014 [citado 26 de septiembre de 2017];36(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=77834057005>
44. Esbec E, Echeburúa E. El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr*. 2015;43(5):177–86.
45. Alvarado I, Rosario I, García N. El trastorno antisocial de la personalidad en personas institucionalizadas en Puerto Rico: Estudio de casos. *Rev Puertorriqueña Psicol [Internet]*. 2014 [citado 26 de septiembre de 2017];25. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2332/233237909005/>
46. Botero J, Pérez M, Medina C, Rizzo A. Cognición social en personas con trastorno antisocial de la personalidad: una revisión teórica. *Rev Lasallista Investig*. 2015;12(1):254–262.
47. Villace M, Fernandez A, Junior C, Da M, Villace M, Fernandez A, et al. Alcohol consumption in young people between 18 and 24 years according to sociodemographic characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. octubre de 2013;21(5):1144-50.
48. Hazrum F, OPS/OMS Argentina - OPS/OMS Argentina | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado 26 de septiembre de 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1274:el-alcohol-es-responsable-menos-80-000-muertes-ano-americas-senala-estudio-ops-oms&Itemid=0](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1274:el-alcohol-es-responsable-menos-80-000-muertes-ano-americas-senala-estudio-ops-oms&Itemid=0)
49. Insa S, Sanahuja S, Mengual P. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. *Tratado Psiquiatr*. 2013;
50. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2017]. Disponible en:

[http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/drogas/elinforme/default\\_spa.asp](http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/drogas/elinforme/default_spa.asp)

51. Salazar J, Rojas D. Estado del arte del consumo de sustancias psicoactivas en el departamento del Quindío, en el periodo 2009-2012. *Drugs Addict Behav.* 1 de enero de 2016;1(1):29-52.
52. Lambruschini N, Leis R. Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Protoc Diagnósticos Ter.* 2016;
53. Ruiz Á, Gutiérrez L. Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* :232-41.
54. Fernández M. Trastornos de la conducta alimentaria - ScienceDirect [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215002322>
55. Barrios I, Miltos V, Piris A, Piris G, Ramírez C, Rodríguez J, et al. Tamizaje de salud mental mediante el test M.I.N.I. en estudiantes del ciclo básico de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. *An Fac Cienc Médicas Asunción.* 9 de febrero de 2016;48:59-68.
56. Tejada P, Jaramillo L, Pedraza R, Sharma V. Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. *Rev Fac Med.* 1 de enero de 2014;62(1):101-10.
57. Torres M, Llaza G. Entrevista neuropsiquiátrica internacional como orientación diagnóstica psiquiátrica en médicos residentes e internos de medicina. Arequipa 2013. *Investig En Educ Médica.* :e15.
58. Kuhnt S, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychother Psychosom.* 1 de agosto de 2016;85:289-96.
59. Berrospi R, Herencia M, Soto A. Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama en un hospital público de Lima, Perú. *Acta Médica Peruana.* 2017;34(2):95-100.

## CAPÍTULO IX

### 9. ANEXOS

#### Anexo 1 APROBACIÓN DEL DIRECTOR

Doctor

Marx Ítalo Bravo Muñoz

DIRECTOR DE TESIS

#### CERTIFICA

Que el presente trabajo de investigación denominado “Trastornos Psiquiátricos en pacientes con Enfermedades Neoplásicas hospitalizados en SOLCA – Cuenca 2017”, realizado por las estudiantes María Alexandra Sarmiento Sarmiento y Jeniffer Eugenia Torres Romero, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la graduación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo que me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Cuenca, 03 de octubre del 2017

---

Dr. Marx Ítalo Bravo Muñoz

DIRECTOR DE TESIS





## **Anexo 2 APROBACIÓN DEL ASESOR**

Doctor

Ismael Morocho Malla

ASESOR DE TESIS

### **CERTIFICA**

Que el presente trabajo de investigación denominado “Trastornos Psiquiátricos en pacientes con Enfermedades Neoplásicas hospitalizados en SOLCA – Cuenca 2017”, realizado por las estudiantes María Alexandra Sarmiento Sarmiento y Jeniffer Eugenia Torres Romero, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la graduación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo que me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Cuenca, 03 de octubre del 2017

---

Dr. Ismael Morocho Malla

ASESOR DE TESIS

### **Anexo 3 APROBACIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO DE CÁNCER SOLCA-CUENCA, PARA LA REALIZACIÓN DE LA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRÍA INTERNACIONAL Y OBTENCIÓN DATOS**

Cuenca, 12 de junio de 2017

Doctor

Hernán Valdivieso

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA

Su despacho.

De mis consideraciones.

Revisado el protocolo "TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS HOSPITALIZADOS EN SOLCA – CUENCA 2017" de las autoras María Sarmiento Sarmiento y Jeniffer Torres Romero informo que, luego de haberse realizado los ajustes sugeridos, desde el punto de vista metodológico, el proyecto puede ser ejecutado.

Le reitero mi consideración y estima.

Atentamente,



Dr. Fray Martínez Reyes

Asesor Metodológico.

## Anexo 4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Número de años cumplidos desde el día de su nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años cumplidos de acuerdo a la respuesta del paciente	Adulto joven 19 – 40 años Adulto 41 – 64 Adulto mayor >65 años
Sexo	Condición genotípica que diferencia a las personas según sus rasgos fenotípicos en masculino y femenino.	Fenotipo	Rasgos físicos observados por el investigador	1. Masculino 2. Femenino
Estado Civil	Condición legal de la persona.	Civil	Tipo de estado civil según paciente	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. Viudo/a 5. Unión libre
Instrucción	Formación educativa alcanzada por la persona.	Educativa	Tipo de escolaridad según respuesta de paciente	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. Ninguna
Antecedentes Familiares	Antecedentes familiares de enfermedades neoplásicas.	Biológico	Según respuesta del paciente	1. Si 2. No 3. Desconoce
Apoyo familiar	Conjunto de recursos humanos del cual se dispone	Psicológico	Según paciente	4. Si 5. No
Localización del Cáncer	Órgano o sistema del organismo afectado por la enfermedad neoplásica	Biológico	Órgano afectado	1. Mama 2. Tiroides 3. Estomago 4. Colorrectal 5. Neoplasias hematológicas 6. Cáncer ginecológicas 7. Próstata 8. Otro
Tipo de Tratamiento que recibe en SOLCA	Medidas terapéuticas utilizadas para el manejo de la enfermedad	Terapéutica	Manejo de la enfermedad.	1. Radioterapia 2. Quimioterapia 3. Cirugía
Trastorno Psicológico	Alteraciones que afectan el estado mental y social de la persona	Neuropsicológica	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional	1. Episodio depresivo mayor 2. Trastorno distímico 3. Riesgo de suicidio



				<ol style="list-style-type: none"><li>4. Episodio hipomaniaco</li><li>5. Trastorno de angustia</li><li>6. Agorafobia</li><li>7. Fobia social</li><li>8. Trastorno obsesivo compulsivo</li><li>9. Trastorno de estrés postraumático</li><li>10. Abuso y dependencia de alcohol</li><li>11. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas</li><li>12. Trastornos psicóticos</li><li>13. Anorexia nerviosa</li><li>14. Bulimia nerviosa</li><li>15. Trastorno de ansiedad generalizada</li><li>16. Trastorno antisocial de la personalidad.</li></ol>
--	--	--	--	--

## Anexo 5 Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PERSONA ENCUESTADA

El presente proyecto de investigación tiene como director al Dr. Marx Bravo Muñoz y es realizado por, María Alexandra Sarmiento Sarmiento y Jeniffer Eugenia Torres Romero, estudiantes de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados mediante la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional en pacientes con enfermedades neoplásicas hospitalizados en los servicios de clínica y cirugía de SOLCA, Cuenca, 2017.

Su participación en la presente investigación no implica riesgo alguno para usted, no afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional y la información obtenida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los beneficios de este estudio consisten en identificar trastornos psiquiátricos que pasan por alto durante el manejo de las enfermedades neoplásicas, y que requieren gran interés para mejorar los resultados del tratamiento.

La realización de esta encuesta no tendrá ningún costo para usted ni se le compensará por su realización. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si forma parte del mismo sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese a los números de los responsables de la investigación que exponen a continuación María Sarmiento (0998276442), Jeniffer Torres (0992965789).

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.



Desde ya le agradecemos su participación.

Yo (encuestado) \_\_\_\_\_ con cédula de identidad \_\_\_\_\_, libremente y sin ninguna presión, acepto mi participación en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre la participación sin que esto acarree perjuicio alguno.

\_\_\_\_\_

Firma del encuestado

CI: .....

**Anexo 6 Formulario de Recolección de Datos****FORMULARIO SOCIODEMOGRÁFICO****UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

“Trastornos Psiquiátricos diagnosticados en pacientes con Enfermedades Neoplásicas hospitalizados en los servicios de clínica y cirugía de SOLCA – Cuenca, 2017”

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades neoplásicas hospitalizados en los servicios de clínica y cirugía de SOLCA, Cuenca, 2017.

**Instructivo:** El siguiente formulario será llenado por las investigadoras en base a la información recolectada durante la entrevista con el paciente

**1.- Sexo:** Hombre ☐ Mujer ☐

**2.- ¿Cuál es su edad?**

Adulto joven 19 – 40 ☐

Adulto 41-64 ☐

Adulto mayor 65- en adelante ☐

**3.- ¿Cuál es su estado civil en la actualidad?**

Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión libre ☐

**4.- ¿Cuál es su nivel de instrucción académico aprobado?**

Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐ Ninguna ☐

**5.- ¿Ha habido antecedentes de enfermedades neoplásicas en su familia?**

Sí ☐ No ☐ Desconoce ☐

**6.- ¿Tiene usted apoyo por parte de algún familiar en este momento?**

Sí ☐ No ☐

**7.- ¿A qué órgano o sistema de su organismo afectó el cáncer?**

Mama ☐

Tiroides ☐

Estomago ☐

Colon/rectal ☐

Neoplasias hematológicas ☐

Neoplasias ginecológicas ☐

Próstata ☐

Otros ☐

**8.- ¿Qué tipo de tratamiento está recibiendo en este momento dentro de la institución?**

Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Cirugía ☐

**9.- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**

TRASTORNO PSIQUIATRICO	SI	NO	TRASTORNO PSIQUIATRICO	SI	NO
A. Episodio Depresivo Mayor			I. Trastorno de Estrés Postraumático		
B. Trastorno Distímico			J. Abuso y Dependencia de Alcohol		
C. Riesgo de Suicidio			K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas		
D. Episodio Hipomaniaco			L. Trastornos Psicóticos		
E. Trastorno de Angustia			M. Anorexia Nerviosa		
F. Agorafobia			N. Bulimia Nerviosa		
G. Fobia Social			O. Trastorno de Ansiedad Generalizada		
H. Trastorno Obsesivo Compulsivo			P. Trastorno Antisocial de la Personalidad		

**Gracias por su colaboración**



# Anexo 7 Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

## 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

### A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SÍ

EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
CON SÍNTOMAS  
MELANCÓLICOS  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**C. Riesgo de suicidio****Durante este último mes:****Puntos:**

C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10

**A lo largo de su vida:**

C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4
----	--------------------------------------	----	----	---

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO SÍ

**RIESGO DE SUICIDIO**

1-5 puntos	Leve	<input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto	<input type="checkbox"/>

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)  
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO  
DE SUICIDIO

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## D. Episodio (hipo)maníaco

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
<p>D3      SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>					
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4	¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO	SÍ	12
	EL EPISODIO EXPLORADO ERA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		HIPOMANÍACO	MANÍACO	
	¿CODIFICÓ NO EN D4?			
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.			
		NO	SÍ	
		<b>EPISODIO HIPOMANÍACO</b>		
		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	
		PASADO	<input type="checkbox"/>	
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?			
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.			
		NO	SÍ	
		<b>EPISODIO MANÍACO</b>		
		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	
		PASADO	<input type="checkbox"/>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## E. Trastorno de angustia

(⇒ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SÍ	
		SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	--	----	----	----

*Agorafobia  
actual*

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO  
DE ANGUSTIA  
*sin agorafobia  
ACTUAL*

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE  
ANGUSTIA  
*con agorafobia  
ACTUAL*

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO	SÍ
----	----

AGORAFOBIA ACTUAL  
*sin historial de  
trastorno de angustia*

### G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	<input checked="" type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	4

**FOBIA SOCIAL**  
(trastorno de ansiedad social)  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



## H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SI	1						
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)										
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SI	2						
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SI obsesiones	3						
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SI compulsiones	4						
¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?		NO	SI							
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO	SI	5						
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	6	TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL		
NO	SI	6								
TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL										

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	⇒ NO	SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	⇒ NO	SÍ	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	⇒ NO	SÍ	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	⇒ NO	SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## J. Abuso y dependencia de alcohol

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CAJA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
----	---	----	----	---

J2 En los últimos 12 meses:

a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO SÍ  
**DEPENDENCIA  
DE ALCOHOL  
ACTUAL**

J3 En los últimos 12 meses:

a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO SÍ  
**ABUSO DE ALCOHOL  
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(= SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?

NO

SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, speedball.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown»,

Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S:

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

☐

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

☐

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

☐

K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?

NO

SÍ

1

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?

NO

SÍ

2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?

NO

SÍ

3

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?

NO

SÍ

4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             NO      SÍ  <b>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</b> </div>
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             NO      SÍ  <b>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</b> </div>
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)				

## L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPREENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SI.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

EXTRAÑAS

L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SÍ	SÍ	11
		LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:				
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ	12

143315-0-0 (1-1-2009)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGÍA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
		o									
		¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?									
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
		o									
		¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?									
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO											
		o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?									
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)									
		o									
		EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO	SÍ							
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA:									
Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable).											
Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?											
			<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## M. Anorexia nerviosa

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> pulgadas
		<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> cm
b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> libras	<input type="checkbox"/> kg
		<input type="checkbox"/> libras	<input type="checkbox"/> kg
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO	SÍ	1
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SÍ	2
M4 a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	NO	SÍ	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso														
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51
Hombre estatura/peso														
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15 % por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15 % por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



## N. Bulimia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SÍ	
		↓ Ir a N8		
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____)libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8 ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?

NO SÍ

**BULIMIA NERVIOSA  
ACTUAL**

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

NO SÍ

**ANOREXIA NERVIOSA  
TIPO  
COMPULSIVO/PURGATIVO  
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

## O. Trastorno de ansiedad generalizada

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	2
CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.			<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:					
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO SÍ  
TRASTORNO  
DE ANSIEDAD  
GENERALIZADA  
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

### P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

#### P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SI	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SI	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SI	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SI	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SI	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SI	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SI	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

#### P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SI	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SI	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SI	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SI	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SI	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SI	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SI
<b>TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA</b>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)